

Krankenhausvergütung auch ohne Einweisung

Voraussetzung ist erforderliche Krankenhausbehandlung



Im Regelfall hängt der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses nicht von einer vorherigen vertragsärztlichen Verordnung ab, sondern davon, dass eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht. Dies entschied das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 19.06.2018 (B 1 KR 26/17 R).

Der Fall

Ein bei einer Gesetzlichen Krankenkasse versicherter Patient wurde in einem (nach § 108 SGB V) zugelassenen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhaus über einen längeren Zeitraum teilstationär in der Tagesklinik behandelt. Eine vertragsärztliche Verordnung lag nicht vor. Für die Behandlung berechnete die Klägerin (Trägerin des Krankenhauses) insgesamt einen Betrag von über 5000 Euro. Die Krankenversicherung lehnte die Zahlung des geforderten Betrages ab, da keine vertragsärztliche Verordnung der teilstationären Behandlung vorgelegen habe. Während die Klage in erster Instanz abgewiesen wurde, erfolgte in zweiter Instanz eine Verurteilung der Krankenversicherung zur Zahlung. Hiergegen ging die Krankenkasse in Revision zum BSG. Sie argumentierte hauptsächlich damit, dass eine landesvertragliche Regelung vorsähe, dass eine Krankenhausbehandlung (stationär, teilstationär, vor- und nachstationär) (...) durchgeführt werde, wenn sie – von Notfällen abgesehen – von einem Kassen-/Vertragsarzt verordnet sei und nach Art oder Schwere der Krankheit medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Betreuung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich sei, das heißt ambulante kassen-/vertragsärztliche Versorgung nicht ausreiche.

Die Entscheidung

Das BSG wies die Revision zurück und bestätigte die zweitinstanzliche Entscheidung, mit der die Krankenkasse zur Zahlung verurteilt wurde. Nach Auffassung des obersten Sozialgerichts stand dem Kran-

kenhaus die geltend gemachte Vergütung (auch ohne vertragsärztliche Verordnung) zu.

Voraussetzung für den Vergütungsanspruch sei, dass die gesetzlichen Voraussetzungen einer teilstationären Behandlung erfüllt und die Behandlung im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich sei. Eine vertragsärztliche Verordnung sei nicht Voraussetzung des Vergütungsanspruchs.

Die Klägerin konnte nach Auffassung des Gerichts die beabsichtigte Therapie des Patienten teilstationär erbringen. Die Voraussetzungen hierfür lagen vor.

Der Vergütungsanspruch setze voraus, dass jede Aufnahme eines Versicherten nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich sein muss, weil das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Das Gericht weist darauf hin, dass die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse bereits dann entsteht (auch bei teilstationärer Krankenhausbehandlung), sobald der Versicherte eine (teil-)stationäre Leistung in Anspruch nimmt. Die Verpflichtung erfolge kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und erforderlich und wirtschaftlich ist. Mit dem Versorgungsauftrag werde das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Im Rahmen seines Versorgungsauftrags sei das zugelassene Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Für teilstationäre Behandlung muss das Krankenhaus daher prüfen, ob das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden könnte. Das Gericht macht sehr deutlich, dass eine

Überprüfung eines ursprünglich aufgestellten Therapieplans auch fortlaufend zu erfolgen hat.

Laufende Überprüfung des Therapieplanes

So muss regelmäßig die Erforderlichkeit der jeweiligen Behandlung bzw. des Behandlungssettings kritisch überprüft werden. Alle arbeitsteilig in die Krankenhausbehandlung eingebundenen Leistungserbringer seien im Interesse des Patienten, zur Sicherung eines geeigneten Vorgehens und zwecks Achtung des Wirtschaftlichkeitsgebots verpflichtet, im Rahmen ihrer professionellen Kompetenz laufend zu prüfen, ob der ursprünglich aufgestellte Therapieplan weiter zu verfolgen sei, so die Richter. Im konkreten Fall wurde die Erforderlichkeit der teilstationären Behandlung als gegeben angesehen.

Keine vertragsärztliche Verordnung erforderlich

Aufgrund des Wortlauts der einschlägigen Regelungen, des Regelungssystems sowie Sinn und Zweck des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung kommt das BSG zu dem Schluss, dass der Anspruch eines Versicherten auf Krankenhausbehandlung und damit der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gerade nicht formal von einer vorherigen vertragsärztlichen Verordnung abhängen, sondern davon, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestünde.

Ein Krankenhaus, das die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung nach eigener Prüfung bejaht, ist demnach verpflichtet, den Versicherten aufzunehmen und zu behandeln. Die Verweigerung notwendiger Behandlung könne Haftungsansprüche gegenüber dem Versicherten auslösen.

Vertragsärztliche Verordnung nur in Ausnahmefällen

Sofern eine vertragsärztliche Verordnung ausnahmsweise erforderlich ist, ist diese im Gesetz ausdrücklich geregelt, so das BSG. So zum Beispiel in § 115a Abs. 1 SGB V, der regelt, dass ein Krankenhaus „bei Verordnung von Krankenhausbehandlung“ Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung vor- bzw. nachstationär behandeln kann.

Das BSG stellt im Urteil außerdem klar, dass die Regelung des § 39 Abs. 2 SGB V der Auffassung des Gerichts, dass keine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist, nicht entgegensteht. Nach dieser Regelung kann man Versicherten, die ohne zwingenden Grund ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählen, die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegen. Auch § 39 Abs. 3 SGB V, wonach die Krankenkassen darauf hinzuwirken haben, dass Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten, stehe der Auffassung nicht entgegen. Die vertragsärztliche Verordnung diene hierbei dazu, dem Versicherten die nächstgelegenen Krankenhäuser zu benennen, in denen er sich – ohne selbst zu tragende zusätzliche Fahrtkosten – stationär behandeln lassen könne. Ein Verordnungserfordernis ergebe sich aus diesen Regelungen jedoch nicht.

Das BSG stellt klar, dass das SGB V die vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung als Teil der vertragsärztlichen Versorgung, aber ohne den Anspruch auf Krankenhausbehandlung hiervon abhängig zu machen, regelt. Die vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlungen habe eine bloße Ordnungsfunktion, soweit das Gesetz nicht die Notwendigkeit einer Verordnung vorsieht. Der Vertragsarzt bestätige mit ihr, dass nach seiner Beurteilung eine ambulante Behandlung des Versicherten einschließlich häuslicher Krankenpflege nicht ausreichend und stationäre Krankenhausbehandlung geboten sei. Die Verordnung informiere den Versicherten über geeignete Krankenhäuser. Denn der Vertragsarzt habe das Verzeichnis der Leistungen und

Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder einer Region zu beachten. Nach Auffassung des BSG diene die vertragsärztliche Verordnung als eine Art Entscheidungshilfe für die Versicherten, sich in eine Krankenhausbehandlung zu begeben und bei der Suche nach dem geeigneten Krankenhaus. Darüber hinaus sichere die Verordnung die Prüfung, dass vertragsärztliche Behandlungsmöglichkeiten erschöpft seien. Sie vermittele zugleich Informationen für das aufnehmende Krankenhaus, das jedoch die Erforderlichkeit der Behandlung selbst zu prüfen habe.

Im Notfall: Behandlungspflicht!

Das BSG macht in dem Urteil noch einmal deutlich, dass es allseits anerkannt sei, dass jedes Krankenhaus bei ihm präsente Versicherte in Notfällen unmittelbar behandeln müsse.

Untersuchung auch bei Akutsymptomatik

Stellen sich Versicherte mit Akutsymptomatik und ohne Krankenhauseinweisung in einem zugelassenen Krankenhaus vor, so darf dieses – auch ohne dass ein klarer Notfall vorliegt – diese Patienten nicht einfach ohne Untersuchung wegschicken und auf die vertragsärztliche Behandlung verweisen. Stellt das Krankenhaus bei der Untersuchung fest, dass eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, soll und darf es den Versicherten behandeln, ohne noch eine vertragsärztliche Verordnung abwarten zu müssen.

Abschließend stellte das BSG fest, dass die landesvertragliche Regelung, die eine vertragsärztliche Krankenhausbehandlung, sofern kein Notfall vorliegt, immer voraussetzt, unwirksam sei, da sie Bundesrecht widerspreche. Das BSG gibt insoweit die frühere Rechtsprechung des damals zuständigen dritten Senats auf und weicht davon ab. Die vertragliche Regelung führe eine vom Gesetz nicht gedeckte, sondern ausgeschlossene Voraussetzung für eine zusätzliche Krankenhausbehandlung ein.

Fazit

Nach dem Urteil des BSG kann es gegebenenfalls für ein Krankenhaus sogar verpflichtend sein, einen Patienten mit Akutsymptomatik (aber kein Notfall) und ohne Einweisung zu untersuchen. Führt die Untersuchung zu dem Ergebnis, dass eine Krankenhausbehandlung (in welcher Form auch immer) notwendig ist, darf das Krankenhaus den Versicherten auch ohne Einweisung behandeln. Es entsteht dann ein entsprechender Vergütungsanspruch. Die Prüfung der Erforderlichkeit der Behandlung erfolgt immer durch das Krankenhaus. Wird die Erforderlichkeit bejaht, ist es verpflichtet, den Versicherten aufzunehmen und zu behandeln. Eine Verweigerung notwendiger Behandlung (z. B. unter Verweis auf eine fehlende Einweisung) kann Haftungsansprüche zur Folge haben. Auch im finanziellen Eigeninteresse des Krankenhauses sollte die Prüfung, ob und in welchem Umfang eine stationäre Behandlung (noch) erforderlich ist, immer kritisch fortlaufend erfolgen und dokumentiert werden, um sich nicht später mit dem MDK streiten zu müssen.

Korrespondenzadresse



Dr. iur. Isabel Häser

Fachanwältin
für Medizinrecht
Riedener Weg 1
82319 Starnberg
haeser@kanzlei-haeser.de